

# 1.Exame da tiroide

Apresentação ao doente

Informar do k se vai executar

Inspeção:

- Tumefacções
- Assimetrias
- Traqueia centrada
- Aspecto da pele
- pulsações

Auscultação (sopros)

Palpação:

- Temperatura da pele k recobre a glandula
- Limite inferior da gland
- Traqueia centrada
- pedir pra deglutir (DD com quisto tiroglosso)
- pedir pra inclinar a cabeça

Lesão:

- difusa/nodular (unica/multipla)
- localização
- dimensão
- limites
- sensibilidade
- consistência
- aderencia aos planos superf/profundos

Adenopatias:

- cervicais
- supraclaviculares

Agradecer ao doente

## 1.1ECD

Exames para a avaliação geral do doente:

- hemograma completo com plaquetas
- glicémia
- perfil lipídico
- AST, ALT, gamaGT e FA
- Ureia, creatinina e ionograma e urina tipo II
- Provas de coagulação APTT e TP
- ECG
- Rx tórax

Provas de função tiroideia:

- TSH, T4 e T3

Avaliação morfológica:

- Ecografia
- Cintigrafia (nódulos quentes/frios)
- TAC e RMN

Avaliação histopatológica

- Citologia aspirativa com agulha fina

Estudos de auto-imunidade:

- TGHA (ac anti-tiroglobulínicos), MCHA (ac anti-microsossomais)

Testes de estimulação e supressão (administração de T3 ou de TSH)

Marcadores tumorais (não fazem diagnóstico, servem para follow up):

- CEA
- Tiroglobulina
- Calcitonina

## **2. Mama**

Apresentar ao doente

Explicar o procedimento

Inspecção:

- Assimetrias
- Alt cutaneas
- Mamilos retraídos
- Mamilos supranumerários
- Corrimento

Palpação:

- Dor
- Massas: número, localização (quadrantes), dimensões, limites, consistência, sensibilidade, aderência planos prof/superf

Adenopatias (axilares)

## **3. Toque rectal**

Apresentar ao doente

Explicar o procedimento

Calçar as luvas

Colocar gel lubrificante

Inspecção: região anal e peri anal sem alterações

Tonicidade do esfíncter: normotónico, não doloroso

Existência ou não de lesões (caracterização das lesões)

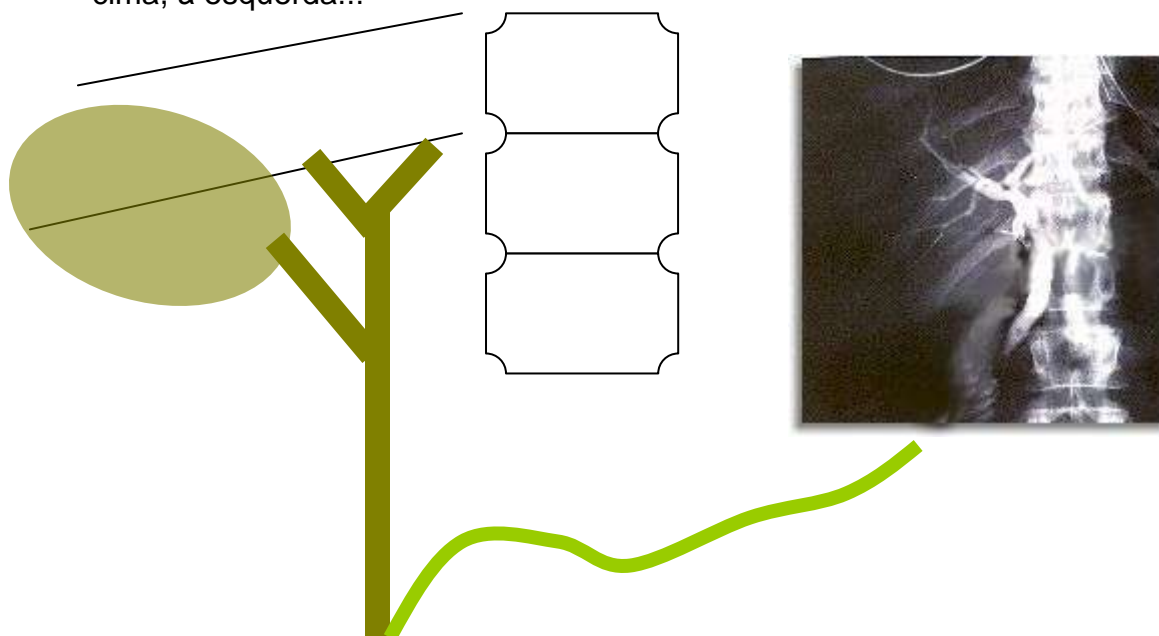
Próstata de dimensões normais com ou sem nódulos, palapando-se o sulco mediano

Descrição da luva

Este exame é completado por anoscopia e sigmoidoscopia

#### 4. CPRE

1. Identificar o exame: é uma colangiopancreatografia retrógrada endoscópica ou exame radiológico contrastado das vias biliares
2. Orientar o exame: a coluna está à dta, os últimos arcos costais ficam em cima, à esquerda!!!



3. Começar pela vesícula: existe ou não? Se não existir o doente pode ter sido recentemente colestectomizada ou então ter uma inflamação ou

tumor do cístico que não permita visualizar a passagem de contraste para a vesícula (existência de agrafes)

4. São visíveis cálculos como imagens de subtração na vesícula? Não esquecer que são habitualmente multifacetados!!! (faz dd com as bolhas de ar, que são tb imagens de subtração, mas são redondinhas!!!)
5. Vias biliares: descrever as que são visíveis, na regularidade dos seus contornos e no seu calibre (aqui utilizam-se 2 estratégias: a comparação com o endoscópio, que tem 10 mm de diâmetro, ou com as vértebras: estão dilatadas se o seu calibre for superior a 1/3 da altura de uma vértebra!!!) se têm cálculos, dilatações saculares ou estenoses, se a estenose é abrupta (ou em ombros) ou não!
6. Canal pancreático: descrever se existe, procurar alterações do calibre (é sempre muito mais fino que as vias biliares!) e prestar atenção às dilatações ou estenoses que possa ter!!

## 5. Acalásia

- Disfagia torácica paradoxal (1º pra líquidos e depois pra sólidos)
- Regurgitação
- Halitose
- Dispneia
- Infecções resp de repetição

### 5.1. DD

- Espasmo difuso do esofago
- Carcinoma da transição gastro-esofágica
- Esclerodermia
- Amiloidose
- Pseudo obstrução idiopática

### 5.2.ECD

- Rx do esófago com papa baritada (imagem em bico de lápis, sigmoidização)
- Manometria (ausência de peristalse e hipertonicidade do EEI)

### 5.3.Terapeutica

médica (nitratos ou nifedipina); dilatação por balão; cardiomiectomia de Heller com funduplicação parcial por laparoscopia; ressecção esofágica (se existir sigmoidização)

## 6. Pancreatite Aguda

Clínica: dor abdominal (em cinturão), contínua, de instalação progressiva, mais intensa em decúbito dorsal, posição antálgica típica; náuseas e vômitos; febre; icterícia (rara); choque

## 6.1. ECD

Exames para avaliação geral do doente:

- hemograma completo com plaquetas
- glicémia
- perfil lipídico
- AST, ALT, gamaGT e FA
- Ureia, creatinina e ionograma e urina tipo II
- Provas de coagulação APTT e TP
- ECG
- Rx tórax

Lab: Amilase, lipase, calcémia (25% com hipocalcemia), bilirrubina (10% hiperbilirrubinemia), triacilglicerois (aumentados em 15 a 20% dos casos)

Imagem: Rx simples do abdómen em pé (ansa sentinela – dilatação gasosa de ansas intestinais na parte média do abdomen, sinal do colon amputado – súbita cessação da acumulação de gases; pode existir ileus paraltico, presença de calcificações pancreáticas)

Rx simples do torax – derrame pleural, atelectasias ou infiltrações pulmonares

Ecografia – factores etiologicos, curso da doença, complicações, doenças associadas.

TAC mais que 3 critérios de ranson, o doente não melhora em 48-72h

## 6.2. DD

- Viscera perfurada (mais freq ulcera péptica)
- Colecistite aguda e cólica biliar
- Obstrução intestinal
- Enfarte mesentérico
- Cólica renal
- Enfarte miocárdico
- Dissecção da aorta e rotura de aneurisma
- Vasculites
- Pneumonia
- Cetoacidose diabética

## 6.3. Critérios de Ranson

Na admissão:

- Idade > 55 A
- Leucócitos > 16000/mm<sup>3</sup>
- Glicose > 200 mg/dL
- Lactato-desidrogenase sérica > 350 UI/L
- Aspartato aminotransferase > 250 UI/L

#### **Às 48h:**

- Descida do hematócrito > 10 %
- Subida da Ureia plasmática > 8mg/dL
- Ca<sup>2+</sup> sérico < 8 mg/dL
- Pa O<sub>2</sub> < 60 mm Hg
- Défice de bases > 4 mEq/L
- Retenção de fluidos > 4 L
- Hipoalbuminémia (albumina <3,2 g/dL)

#### **6.4. Terapêutica**

- Entubação nasogástrica com aspiração
- Dieta 0
- Repor volémia
- Correção electrolítica
- Correção da hipomagnesemia e da hipocaliemia
- Insulina se hiperglicémia
- Suplementação de O<sub>2</sub>

Para correção etiológica: CPRE

### **7. Refluxo gastro-esofágico**

Clínica:

- Pirose
- Regurgitação
- Sialorreia
- Disfagia

Sintomas atípicos: náuseas, vômitos, enfartamento, disfagia retroesternal, tosse crónica, infecções respiratórias de repetição

Diagnóstico:

- Estudo radiográfico do esófago contrastado com papa baritada
- Endoscopia (c/ biópsia)
- pH-metria de 24h
- Manometria

Complicações:

- Esofagite
- Hemorragia
- Estenose
- Encurtamento do esófago
- Esófago de Barret
- Alterações da motilidade
- Sintomas pulmonares

Terapêutica médica:

- Educação do doente
- Anti-histaminicos com acção com acção H2
- Inibidores da bomba de protões
- Citoprotectores
- Procinéticos

Terapêutica cirúrgica: Fundoplicação de Nissen

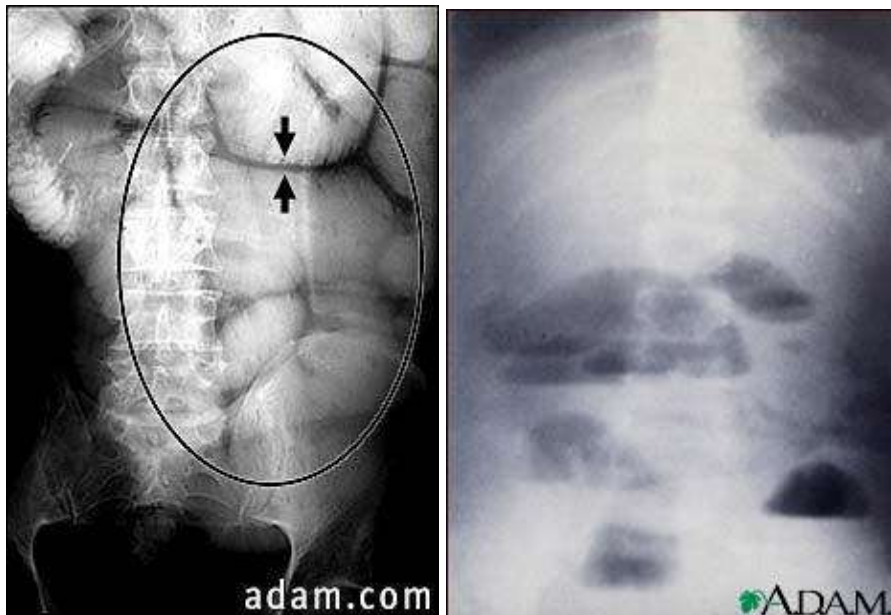
## 8. Obstrução intestinal

Clínica:

- Dor abdominal
- Paragem de emissão de gases e fezes
- Vômitos
- Distensão abdominal
- Ruidos de luta / silêncio abdominal
- Com ou sem irritação peritoneal

ECD:

- Rx simples do abdómen pé / tangencial
- Clister opaco
- Rectosigmoidoscopia (pode ser terapeutica – volvo)
- Não fazer colonoscopia!



Estudo radiológico contrastado (bário) com espessamento da parede intestinal e distensão. Presença de níveis hidro-aéreos.

No Rx simples do abdomen em pé (apontamentos): Observa-se gás no colon desde o recto até ao cego, evidenciando-se uma localização periférica (com haustras), sem níveis líquidos.

Ansa cecal muito distendida com evidencia de níveis hidroaereos.

Possivelmente será delgado porque tem localização central e pq a distensão torna as pregas mais evidentes (valvas coniventes).

Por outro lado se fosse uma oclusão do colon, seriam mais evidentes ansas com localização periférica, com diametro bastante superior, com fezes e com haustrações.

Terapeutica:

- Médica: dieta 0; correcção do equilibrio hidro-electolitico, sonda nasogástrica (vómitos), iniciar ATB
- Endoscópica: tentar colocar prótese transtumoral
- Cirúrgica: colostomia a montante da obstrução (alivia a obstrução e permite cirurgia oncologica fora do contexto da urgencia), hemicolectomia esquerda (só é possivel com lavagem intraoperatoria do colon), operação tipo Hartmann, operação de Volckmann
- Em caso de peritonite: iniciar ABT, corrigir equilibrio hidroelectrolitico e cirurgia de urgencia.



Volvo intestinal

Neoplasia da sigmoideia

Cliter opaco: orientar o exame (coluna vertebral, ossos iliacos)

Neoplasia da sigmoideia – descrever a ampola rectal, de contornos normais, com as valvas semilunares evidentes, que sofre transição para a sigmoideia ao nível sup do sacro. Descrever a obstrução (em ombros ou progressiva, contornos ir/regulares, estenose completa ou não (há passagem de contraste?). Imagem tipica de maçã ratada sugestiva de neoplasia da sigmoideia,

Descrever, se existir, qualquer distensão intestinal a montante (principalmente as ansas do delgado que passam a ser mais evidentes), e divertículos se existirem (não tem a ver com o achado patológico principal).

## **9. Carcinoma gástrico**

- Clínica: inespecífica e variável, de aparecimento tardio (estádios III e IV). Passa por: dispepsia, anorexia, epigastralgias, perda de peso, enfartamento, náuseas e vômitos, disfagia, perda oculta de sangue.

- Diagnóstico:

ECD para avaliação do estado geral – hemograma completo com contagem de plaquetas, provas de função hepática e renal, ionograma, ECG, Rx torax

Endoscopia alta com biopsias, estudo baritado do esofago, estomago e duodeno. Exame de perda oculta de sangue nas fezes.

Estadiamento: Rx torax, eco abdominal, ecoendoscopia

Estadiamento pré-operatório: endoscopia, ecoendoscopia, eco convencional, TAC (pc sensível), laparoscopia, eco intra-operatória.

Marcadores tumorais: CEA, CA 19.9, CA 72.4

Terapêutica: gastrectomia subtotal (carcinoma distal), gastrectomia total (c proximal)

## **10. Oclusão em doente paraplegica com tumor do recto**

Lesão abaixo de D12 – sensibilidade visceral intacta

**Clínica carcinoma do recto:**

- Rectorragias
- Tenesmo
- Falsas vontades
- Dim. Do calibre das fezes
- Dor
- Sensação de massa
- Prurido anal
- Paragem de emissão de gases e fezes

**ECD:**

- ECD para avaliação do estado geral
- Exame proctológico, clíster opaco, rectossigmoidoscopia, colonoscopia
- Pesquisa de sangue oculto nas fezes, marcadores tumorais

- Estadiamento: Eco abdominal, eco endorectal, TAC abdominal e pelvico, rx torax (ja realizado na avaliação geral)

## **11. Cólica biliar – coledocolitíase**

clínica:

- dor abdominal localizada ao epigastro ou hipocondrio dto, geralmente intermitente, com possível irradiação para o ombro ou região escapular dtos
- náuseas e vômitos
- icterícia obstrutiva e prurido
- colúria e acolia
- febre

Lab:

- hiperbilirrubinemia conjugada (directa)
- aum da FA
- aum da gama-GT
- aum da bilirrubina conjugada na urina sem presença de urobilinogénio

Imagiologia:

- Rx simples do abdomen
- Ecografia abdominal
- CPRE com ETE (diagnostico e terap)

Complicações:

- Colangite
- Pancreatite litiásica
- Cirrose biliar secundária

## **12. Hérnia do hiato**

Insuficiencia do EEI

Clínica: pirose, regurgitação, disfagia; menos freq. Anemia, sialorreia, pneumonites, caries dentarias

Diagnostico: clinica + rx do esofago contrastado com papa baritada

Terap: gastropexia, fundoplicação

# ORTOPEDIA

## 1. Osteoartrose



Estreitamento da interlinha articular

Esclerose subcondral

Quistos subcondrais

Osteofitos



Manifestações clínicas: dor insidiosa, com agravamento ao longo do tempo, rigidez articular, claudicação, atrofia muscular desse segmento do membro.

Terapêutica: redução da dor (analgésicos e repouso), fisioterapia e redução da carga.

Cirúrgica: osteotomia (realinhamento do eixo mecânico); artrodese (fusão dos 2 ossos); artroplastia de ressecção ou de substituição ( a mais usada)

## 2. Fractura do colo do femur



Fracturas intra capsulares/ extra capsulares

Clínica: dor (face ext da anca e região inguinal), impotência funcional, rotação ext (mais nas fracturas extra capsulares), encurtamento.

Terapêutica: sempre cirúrgico; nas intracapsulares descoaptadas – hemiartroplastia ou artroplastia total da anca; nas extra capsulares – redução e osteossíntese.

Complicações: gerais – infecções resp e urinárias, embolias gordas, trombo-embolismo e escaras de decúbito; locais – infecção, necrose asséptica e pseudoartrose.

## 3. Necrose asséptica da cabeça do fêmur



Rx: inicialmente normal, mais tarde pode ocorrer colapso articular (RMN imp)

Associado a:

- Luxação da cabeça do fêmur
- Fractura do colo do fêmur
- Hemoglobinopatias

- Terap com corticoides
- Alcoolismo

Clínica: dor, rigidez articular e impotência funcional

Terap: cirurgica com descompressão da área de necrose

#### 4. Complicações das fracturas



- Gerais

Imediatas: choque hipovolémico

Precoces: embolia gorda, embolia pulmonar

Tardias: infecções urinárias e resp, escaras de decúbito

- Locais

Precoces: exposição do foco, luxação, lesões vasculares e neurológicas

Tardias: perturbação da consolidação, necrose asséptica, artrose pós traumática, rigidez articular.

#### 5. Politraumatizado



A – permeabilização da via aérea com controlo da coluna cervical

B – respiração

C – circulação

Choque hipovolémico!

Estabilização hemodinâmica com reposição da volémia com sangue ou substitutos

Síndrome compartimental (maior risco-fracturas do cotovelo e do antebraço) - fasciotomia

## **6. Lesão do ligamento cruzado anterior**

Clínica: dor, aumento do volume, hemartrose, translocação anterior da tíbia.

ECD: Artroscopia, Rx (só é útil se houver envolvimento ósseo), RMN

Tratamento: cirúrgico (devendo ser realizado na fase aguda)

## **7. Displasia de desenvolvimento da anca**

Imp: displasia acetabular

Diagnóstico: assimetria das pregas da região inguinal, limitação da abdução da anca, sinal de Ortolani positivo.

Exame clínico + ecografia; até aos 6 meses o rx tem pc interesse